

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA À DISTÂNCIA
TURMA 4



Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Coronel Olympio no município
de Nova Santa Rita-RS

Laura Teixeira Canti

Pelotas, 2014

Laura Teixeira Canti

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Coronel Olympio no município
de Nova Santa Rita-RS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
UNASUS-UFPeI como requisito parcial à obtenção
de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Rodrigo Dalke Meucci

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C231m Canti, Laura Teixeira

Melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Coronel Olympio no município de Nova Santa Rita, RS / Laura Teixeira Canti ; Rodrigo Dalke Meucci, orientador. — Pelotas, 2014.

68 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Assistência domiciliar. 5. Saúde bucal. I. Meucci, Rodrigo Dalke, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedico este trabalho aos usuários.

Agradecimentos

Agradeço ao meu namorado, pelo apoio moral e pela compreensão da ausência nos momentos de estudo; aos meus pais, pelo incentivo; ao meu orientador, pela flexibilidade, pelo estímulo e pela positividade. Sem qualquer um destes elementos, este trabalho não seria possível.

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS – Agente comunitário de saúde

APS – Atenção primária à saúde

CAPS – Centro de atendimento psico-social

DM – Diabetes mellitus

ECG – Eletrocardiograma

ESF – estratégia de saúde da família

HAS – hipertensão arterial sistêmica

HGT – hemoglicoteste

Hiperdia – programa de atendimento a hipertensos e diabéticos

MS – ministério da saúde

PA – pronto atendimento

PROVAB – programa de valorização da atenção básica

PSF – programa de saúde da família

SMS – secretaria municipal de saúde

SUS – sistema único de saúde

TA – tensão arterial

UBS – Unidade básica de saúde

VD – visita domiciliar

Canti, Laura T. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Coronel Olympio no município de Nova Santa Rita-RS** 2014. 68f. Trabalho de Conclusão Curso – Especialização em Saúde da Família UnaSUS, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Resumo

A partir do estudo detalhado sobre a situação atual do serviço de Atenção Básica em que atuo, foi possível o reconhecimento de algumas fragilidades no atendimento, possibilitando um projeto de intervenção visando a melhoria da qualidade do serviço prestado à população. No caso da UBS em questão, a população de idosos foi identificada como população de risco sem um programa de atendimento específico. Visando a melhoria da qualidade de atendimento aos idosos como um todo, e utilizando o Caderno de Atenção Básica de Atendimento à pessoa Idosa do MS, foi montado um sistema de padronização do atendimento e registro dessas informações para análise posterior de cada aspecto do serviço prestado. Completados três meses de intervenção, atingimos uma cobertura de 100% dos idosos da microárea trabalhada tendo somente 3 idosos faltosos às consultas. Totalizamos 71,8% de rastreio para HAS ao final do terceiro mês, sendo que, dentre os indivíduos diagnosticados com HAS, 90,5% foram rastreados para DM. Ainda neste grupo de patologias, tivemos uma taxa de 69,6% dos idosos com HAS e/ou DM apresentando exames complementares periódicos em dia. O acesso à prescrição médica alcançou cerca de setenta por cento dos usuários da intervenção, bem como aqueles com avaliação de rede social em dia. Obtivemos ainda taxas semelhantes em torno de 65% de cobertura nas metas do cadastramento de idosos acamados ou com problemas de locomoção, avaliação multidimensional rápida em dia, avaliação de fragilização da pessoa idosa, exame clínico em dia, ficha espelho atualizada, orientações nutricionais relevantes e orientações sobre atividade física. Com relação aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, somente 42,9% dos cadastrados recebeu visita domiciliar. Com menores taxas de cobertura foram as metas de uso da caderneta de saúde da pessoa idosa e avaliação do risco de

morbimortalidade em torno de 55%. Concluindo, fica claro que os benefícios para a população foram visíveis: a satisfação dos usuários e familiares com a escuta atenta aos problemas relatados, o interesse por outras questões que antes não eram abordadas, o cuidado global da saúde do idoso em vez de uma renovação mecânica de receitas, a maior tranquilidade na Unidade de Saúde devido ao menor acúmulo de pessoas antes de cada consulta, o cuidado domiciliar para aqueles impossibilitados na locomoção, entre outros. Entretanto, o não cumprimento das metas evidenciou a falta de união e comprometimento da equipe, e como esta união é fundamental para um atendimento de qualidade mesmo sem investimento financeiro extra ou estrutura física além do que já havia disponível.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal

Apresentação

O presente trabalho de conclusão refere-se a uma intervenção voltada para a melhoria na qualidade do atendimento aos idosos na comunidade residente na microárea 02 da UBS Berto Ciro no município de Nova Santa Rita – RS. Após identificação das fragilidades neste serviço de Atenção Primária e através do estudo de Análise Situacional da UBS em questão, notamos um elevado percentual de idosos na comunidade. Contudo, foi detectada a falta de uma atuação especificamente voltada a esta população. A partir de então, esforços foram focalizados em um projeto de fácil execução pela equipe de saúde na intenção de garantir atendimento integral voltado para as necessidades singulares desta parcela crescente da população.

Para contemplar o processo de montagem deste trabalho, dividimos em cinco capítulos: o primeiro aborda a análise da situação em que a UBS se encontrava no início do estudo, antes das considerações sobre a qualidade no atendimento, bem como uma segunda análise após o diagnóstico situacional realizado. Considerações sobre as diferenças entre estes olhares são feitas para enfatizar a importância que o estudo sobre os serviços de saúde tem na maneira como enxergamos os mesmos.

Já no segundo capítulo vamos à intervenção de fato com a apresentação da JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E METAS e por fim, a METODOLOGIA utilizada, tendo por base as AÇÕES detalhadas da intervenção, os INDICADORES, a LOGÍSTICA e o CRONOGRAMA. O terceiro capítulo apresenta um relatório geral da intervenção, com impressões e dificuldades encontradas.

No quarto capítulo, apresentamos os resultados e discussão dos mesmos, bem como relatórios para a gestão municipal e para a comunidade, separadamente. Por fim, temos uma visão crítica e pessoal sobre o aprendizado ao longo desse ano de estudos e intervenção.

Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde em relação ao total de idosos da área de abrangência	44
Figura 2. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na microárea 2.....	45
Figura 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados	45
Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	46
Figura 5. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	47
Figura 6. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	47
Figura 7. Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia	48
Figura 8. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.....	48
Figura 9. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	49
Figura 10. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos	49
Figura 11. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.....	50
Figura 12. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	50
Figura 13. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	51
Figura 14. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia .	51
Figura 15. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.	52
Figura 16. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....	53
Figura 17. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	53

Sumário

1. ANÁLISE SITUACIONAL	13
1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comparação de Olhares.....	20
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA–PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e Metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das Ações	25
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma	40
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	41
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão	53
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores	57
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	59
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	61
6. Bibliografia.....	63
7. ANEXOS	64
8. APÊNDICES.....	68

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

A UBS em que atuo tem excelente estrutura física, com possibilidade de pequenos procedimentos, aplicação de medicações parenterais, reposição hídrica, ECG. Além disso, conta com atendimento nutricional, odontológico, ginecológico e pediátrico, além do clínico. Conta ainda com uma enfermeira, 4 técnicas/auxiliares de enfermagem e uma secretária.

O maior problema da minha unidade é a falta de cadastramento da população e organização de prontuários. Acontece que toda a população do município faz a “dança das cadeiras”, transitando entre as unidades básicas disponíveis conforme a sua conveniência. O que me parece curioso é que há territórios definidos para a minha unidade, só não houve um levantamento da população residente neste território e seu cadastramento ao posto de saúde. Assim, perdemos o controle do perfil epidemiológico da nossa comunidade e a continuidade do atendimento, uma vez que as consultas são distribuídas de forma dispersa entre as unidades do município. A grande questão é a falta de agentes comunitários de saúde. Estes profissionais ainda não foram contratados, tornando a tarefa de cadastramento quase impossível para os profissionais atuantes na unidade.

Com relação aos prontuários, existiu uma iniciativa da secretaria municipal de saúde em informatizar a busca pelos prontuários. Foi adquirido o computador com o programa para este fim, mas até hoje não houve instalação deste. Além disso, foi dada uma orientação às secretárias de não numerar prontuários novos, justamente pela promessa de um novo sistema. Resultado: atendimentos de novos usuários na unidade são perdidos pela falta de numeração, já para os antigos que não trazem seu número de prontuário é aberto um novo prontuário sem número. Dessa forma, perdemos, mais uma vez, a continuidade nos atendimentos.

Uma terceira questão é sobre a equipe médica. Com exceção de um médico contratado pela SMS, os demais são contratados através de firmas terceirizadas, e assim, são médicos que atendem poucas vezes, sem vínculo com a comunidade,

seus registros das consultas deixam a desejar, não anotando resultados de exames ou condutas médicas. A população também acaba perdendo o vínculo com a unidade e tratando o posto como um pronto atendimento onde se trocam receitas, muito mais do que uma fonte de atendimento personalizado próximo à comunidade.

Os atendimentos são feitos 90% por demanda espontânea no acolhimento, e apenas dois horários do turno são reservados para agendamento de consultas. Não sabemos quantas pessoas não visitam a unidade por falta de condição física ou de saúde, dificultando o planejamento de visitas domiciliares. Recentemente consegui reorganizar o tempo de consulta, que antes era de 15 minutos, para 20 minutos, notei com isso uma mudança na qualidade do meu atendimento.

A equipe concorda que há necessidade de mudanças, mas ao mesmo tempo, é relutante em diminuir o número de fichas de acolhimento para consultas agendadas. O secretário da saúde e a gestora prometem os Agentes Comunitários, mas até o momento não isso não foi colocado em prática. E assim seguem estes problemas organizacionais na nossa UBS, mesmo tendo em mãos uma estrutura ímpar e uma equipe querendo o melhor para esta comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Nova Santa Rita está localizado a apenas 23km da capital gaúcha, tendo uma história recente com 23 anos de sua emancipação do município de Canoas. A área da saúde conta com um serviço de Pronto Atendimento 24h, uma UBS mista, um centro de Fisioterapia, um CAPS e outras 3 UBS para uma população de aproximadamente 24 mil habitantes. Considerando todas as estruturas de saúde deste município, presta-se serviço de atendimento clínico agendado, atendimento de emergências, atendimento psicoterápico, odontológico, nutricional, gineco-obstétrico e pediátrico, além dos procedimentos de enfermagem como aplicação de medicações, vacinação, controle do Hiperdia e Bolsa Família. Quando há necessidade de encaminhamento para um serviço de urgência terciário, o município conta com um convênio com um hospital em região próxima, mas que depende da disponibilidade local. Com relação a atendimentos especializados, há dependência da Central de Agendamento de Consultas de Canoas e Porto Alegre, e o tempo de espera para a maioria das especialidades é maior do que 6 meses, com um número considerável delas beirando mais de 1 ano. Há um convênio com um laboratório privado no próprio município que realiza exames básicos em cerca de 1 mês, e radiodiagnóstico no município mais próximo, também com este tempo de espera. Em uma avaliação inicial, diria que a espera para ambulatorios especializados é uma das principais deficiências na saúde do município, sem projeto de solução a curto e médio prazos por parte da gestão.

Atuo na UBS mista citada anteriormente que é a com maior e melhor estrutura física. Há atendimento gineco-obstétrico, pediátrico, odontológico e nutricional, além do médico clínico e atendimentos de enfermagem. A UBS foi projetada para funcionar com duas equipes de saúde da família, atendendo 8 microrregiões, e para tanto a UBS conta com 3 salas de atendimento clínico, uma sala de atendimento odontológico, sala de esterilização, sala de procedimentos, sala de medicamentos e administrativo juntos e sala de vacinação. Contamos ainda com uma sala de triagem e uma sala de expurgo. Falta uma cozinha com espaço para refeições e uma sala de reuniões. A princípio parece uma estrutura excelente para duas equipes de ESF,

todavia duas das três salas de consultório são ocupadas pelo ginecologista, pediatra, nutricionista e coleta de citopatológico pela enfermeira, assim há consultório para apenas um médico de família para uma população de mais de 7 mil habitantes. A ausência de sala de reuniões é um problema que reforça a acomodação de alguns profissionais, justificando a falta de reuniões de equipe. A ausência de uma cozinha com espaço para refeições nos obriga a ocupar a sala de esterilização para este fim, o que é totalmente inadequado e irregular.

Uma saída para o melhor atendimento das demandas de consultas médicas seria o realocamento de um dos especialistas que atendem na unidade para outro local, desocupando um consultório que seria usado por um segundo médico de família. Com relação ao entrosamento da equipe, realmente seria necessário um maior incentivo da gestão: ou com a construção de uma sala de reuniões em anexo, ou fixando um horário semanal em que a unidade fechasse para qualquer tipo de atendimento e a equipe se reunisse na sala de espera, que é o espaço físico mais amplo da unidade de saúde.

O déficit de membros na equipe também é outro fator de complicação da unidade, uma vez que o município conta com apenas um Agente Comunitário de Saúde Além da falta de ACS temos menos Técnicas de Enfermagem do que o necessário. Em consequência disso, não houve ainda o cadastramento dos usuários, e somente uma das oito microrregiões está completa. Dessa forma, não temos nenhum controle da população atendida, que é procedente de todo o município. Não temos dados epidemiológicos, o que dificulta a organização de grupos de acordo com as maiores necessidades da comunidade, além de acarretar na inexistência de um controle de frequência de consultas, vacinas, puericultura e pré-natal na unidade, entre outros procedimentos. O primeiro passo para a resolução deste problema seria o completo cadastramento da população da área a qual, teoricamente, a unidade está responsável. Para isso a contratação do número preconizado de ACS se faz indispensável.

A demanda por atendimento está sempre muito além da capacidade real, não só pela falta de cadastramento como também pelo fato, já citado, de que apenas um médico clínico atende em cada turno, e a UBS foi criada para duas equipes.

Considerando que não há nenhum plano para realocação dos especialistas em outra estrutura física, nem plano de ampliação do posto, mesmo com o cadastramento populacional e direcionamento dos usuários, a demanda estará sempre acima da capacidade, uma vez que somente um médico por vez fará o atendimento. Consequentemente, pela redução dos membros da equipe, o excesso de demanda é reagendado para outros dias, e somente casos graves são atendidos em consultas extras. Com apenas 3 técnicas de enfermagem e uma enfermeira para aplicação de medicações, curativos, vacinas e triagem, não temos nem a possibilidade de realizar um primeiro acolhimento para a demanda extra.

Um novo concurso público está em vigor e estão chamando mais profissionais de enfermagem, talvez dessa forma possamos realizar, ao menos, um acolhimento com o excesso de procura dos usuários.

Para a saúde da criança são realizadas vacinações e atendimento pediátrico e clínico em regime de demanda espontânea. Não é realizada consulta de enfermagem e também não há nenhum tipo de controle sobre frequência na puericultura ou falhas em calendário vacinal. Consultas odontopediátricas são praticamente inexistentes, ocorrendo somente quando há algum trauma orofacial. Em resumo, a atenção à criança deixa muito a desejar. Imagino que com a progressão do cadastramento populacional e com a contratação de mais uma enfermeira, seja possível reorganizar a puericultura, mas sempre tendo em vista a limitação do número de consultórios disponíveis que dificultam a ação de outros membros da equipe na saúde. A população não age de forma ativa nas questões de saúde deste município e está muito acostumada com o atendimento por demanda espontânea, não tendo a visão sobre a importância de um calendário de consultas em puericultura. Seria necessário um trabalho de educação junto à comunidade quando for possível prestar este atendimento.

O atendimento às gestantes é talvez o melhor estruturado em termos de frequência de consultas e preferência para exames laboratoriais. Contudo, é deficitário com relação às orientações de enfermagem, a formação de grupos e controle epidemiológico. Mais uma vez, os motivos citados anteriormente – falta de pessoas na equipe e de espaço físico – impedem a organização destes serviços. A

falta de agentes de saúde também faz com que não haja busca ativa dos faltosos, tanto no pré-natal como na puericultura. Dessa forma, o que temos de positivo se concentra somente em um atendimento clínico de qualidade, realizado pelos obstetras, e agilidade nos exames preconizados pelo protocolo de pré-natal de baixo risco do MS.

Já com relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero temos um atendimento que envolve vários membros da equipe, uma vez que o exame preventivo pode ser realizado pelos ginecologistas e pela enfermeira, que tem um consultório disponível em um dia da semana para esse tipo de consultas. Ainda assim, a adesão da população é pequena, não há controle de faltosos, mesmo que seja realizado um controle dos resultados das lâminas em que pessoas com alterações são chamadas para nova avaliação de acordo com o protocolo de Prevenção do câncer de colo de útero do Ministério da Saúde. Da mesma forma, o controle do câncer de mama é realizado tanto em consulta de enfermagem – a mesma consulta focada na prevenção de Câncer de colo uterino – com o exame clínico das mamas, e pelo ginecologista que além do exame clínico avalia a necessidade de exame de imagem mamário de acordo com os preceitos do protocolo de controle do câncer de mama do Ministério da Saúde. Novamente, não há controle das pessoas que não retornam para mostrar exames, ou que não estão em dia com sua prevenção. A frequência de consultas com este fim é aquém do esperado para esta comunidade, e a falta de cadastramento dos usuários impede ações de busca ativa dos faltosos.

A falta de atividades educativas com a comunidade faz com que a população não dê a devida importância a estas ações, e a falta de educação continuada dentro da equipe e de registro em documentos separados do prontuário médico nos faz perder oportunidades de realizar uma prevenção oportuna e de explicar aos usuários a assiduidade nos seus cuidados com a saúde.

Usuários com hipertensão e diabetes, idosos ou não, são o foco de atenção principal na UBS. Para estas pessoas são realizadas as atividades do Hiperdia – o único grupo que funciona semanalmente na unidade, com apoio principalmente da Nutricionista da equipe – controle de Pressão arterial e HGT, distribuição de

medicamentos e consultas clínicas. Em especial para o grupo dos idosos, não há nenhuma atividade implantada. Ainda assim, com o grupo do Hiperdia em pleno funcionamento, a nossa população em sua maioria desdenha a necessidade de disciplina e controle rigoroso dos parâmetros que regem estas duas patologias. Não há nenhum tipo de protocolo sendo seguido à risca na unidade nem grupo de prática de atividades físicas incentivado pelo posto de saúde. Relativo ao grupo de idosos, a carência ainda é maior, pois este é o grupo de maior demanda na unidade, com maior número de comorbidades e para o qual nada é feito além do básico de consultas clínicas. Acredito que a implantação de reuniões de equipe em que seja possível a programação de atividades para esta população, tanto de idosos, quanto outras atividades também aos hipertensos e diabéticos, de forma que se aproveitasse o espaço das atividades do Hiperdia, poderíamos realizar esta educação comunitária. A sugestão da contratação de um profissional da área de Educação Física para que houvesse um grupo de atividades físicas focadas nos idosos, que sofrem com artralrias e inatividade social, também seria um bom início para a melhora da adesão nas consultas de prevenção e na qualidade de vida destes usuários. A adoção de algumas das escalas de avaliação de idosos descritas no manual do Ministério da Saúde também nos daria um olhar mais completo sobre a saúde destes idosos e no auxílio dos seus cuidados e identificação de necessidades especiais.

O atendimento especializado em odontologia funciona por demanda espontânea, sendo esta demanda sempre além da capacidade de atendimento dos profissionais da área sem auxílio de um técnico em saúde bucal. A equipe de odontólogos atuantes na UBS atendem a demanda de metade do município, uma vez que existem apenas duas unidades de saúde com consultório odontológico funcionando.

Sinto que as maiores dificuldades nas atividades desta UBS se iniciam com a falta de cadastramento populacional e com a falta de direcionamento de cada usuário à sua Unidade de Saúde. As consequências desta falha estão tanto na falta de controle dos usuários da UBS (não temos como avaliar frequência de consultas, faltas, necessidades especiais, problemas prevalentes, falta de dados

epidemiológicos), como na exacerbada e constante demanda de usuários de fora da área de abrangência. Minha maior surpresa foi relativa ao grupo de idosos e a baixa qualidade do atendimento que é prestado. Ao ler o Caderno de Atenção aos idosos, disponibilizado pelo curso, identifiquei muitos aspectos em cuidados de prevenção, cuidados domiciliares e atenção aos cuidadores que não são sequer citados em prontuários clínicos da unidade. A falta de comunicação da equipe também dificulta a organização destes cuidados uma vez que, por exemplo, o dentista não realiza registros nos prontuários clínicos, mas sim em fichas de atendimento que retornam à Secretaria Municipal de Saúde. Considerando todos os dados coletados ao longo dos últimos meses, me parece que o passo inicial, dentro da Unidade, para as mudanças seria melhorar o diálogo entre a equipe e organizar os prontuários clínicos de maneira que incentive o profissional da saúde a melhorar seu atendimento sem tomar seu tempo e de maneira efetiva. Obviamente que barreiras burocráticas e carências políticas da região são um fator de dificuldade nas mudanças, como a dependência da contratação de mais ACS ou de profissionais de enfermagem, mas ainda assim, sempre há mudanças que podem ser realizadas de maneira independente e que fazem diferença nas rotinas de cuidados de saúde.

1.3 Comparação de Olhares

Segui com a mesma visão de que a falta de cadastramento populacional é um dos grandes – se não o maior – problema da região. A questão dos prontuários médicos segue sendo um problema, e devo acrescentar que vários prontuários são extraviados dentro da UBS e não há responsáveis nem soluções para esta questão. O registro das consultas é também um grande problema, uma vez que não há uma padronização na anotação de resultados de exames, de medicações em uso, nem lista de problemas completa de cada usuário. Sem contar o fato de que o dentista nem utiliza o prontuário sendo seus registros perdidos para a secretaria de saúde do município. Apesar de termos uma excelente estrutura física, no início do curso eu não reparei que ela era usada por outros profissionais de forma que a demanda por atendimento médico clínico deixa a desejar, sendo atendida por um médico em cada turno em vez de dois, o preconizado para a população prevista para aquela estrutura

de UBS. Continuamos esbarrando em problemas de falta de pessoal na equipe, considerando que a prefeitura ainda não contratou todos os profissionais prometidos, e trabalhamos agora com um ACS que conseguiu cadastrar uma micro-área a tempo do início da intervenção.

De uma maneira geral, comparando as primeiras observações a respeito da situação da ESF/APS na unidade, eu não havia me dado conta das diversas necessidades apresentadas no nosso serviço. Essa visão crítica refinada só foi possível através dos instrumentos disponibilizados pelo curso e sua sistemática avaliação através de questionários. Assim, temos a oportunidade de visualizar a evolução das impressões e da observação crítica durante o curso.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA–PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

A expectativa de vida está aumentando globalmente. Os jornais noticiam que ganhamos 3 meses de vida a cada ano e as projeções demográficas estimam que o número de idosos superará o de crianças menores de 15 anos em menos de 40 anos.^{1 3} Em alguns países, incluindo o Brasil, já se discute o aumento da idade em que se considera um idoso. Do ponto de vista da saúde, a população de idosos está sujeita a uma série de doenças crônicas que necessitam acompanhamento e investimento em programas específicos para minimizar a perda de qualidade de vida, morbidades físicas e psiquiátricas nesta faixa etária.³ Em muitos casos, há ainda o abandono da família, sendo ainda mais importante a busca ativa e apoio dos serviços de saúde. Apenas na área de abrangência da UBS Coronel Olympio, a proporção de usuários idosos é maior do que o esperado de acordo com a distribuição etária brasileira, superando em 15 pontos percentuais este número no último ano.^{1 2} Ainda assim, nenhum programa de saúde direcionado a essa população é realizado. Não há controle de frequência de consultas nem de necessidades especiais. Neste contexto vejo a importância de melhorar a qualidade

no atendimento dos idosos da minha área, implementando o protocolo de atenção à saúde do idoso, conforme preconizado pelo MS.

A população residente na microárea 2 da UBS é de 880 pessoas, entre as quais há somente 39 idosos. Apenas esta microárea será trabalhada na intervenção devido ao fato de ser a única microrregião totalmente cadastrada até o momento. Este território selecionado talvez possua menos idosos do que as demais áreas devido à peculiaridade de ser uma região de invasão de moradores, maioria de jovens e pais de família. Pretendemos incluir estes idosos na intervenção juntamente com outros idosos que forem sendo cadastrados no decorrer do processo.

Como não possuímos ainda o cadastramento dos demais usuários, não temos acesso aos dados de adesão, pois os usuários da nossa região se misturam aos de outras regiões que buscam atendimento na UBS. Notamos que há uma tendência à busca pela UBS somente no momento do vencimento dos receituários das medicações de uso contínuo. Poucos idosos buscam atendimento médico para avaliações de rotina, sendo a maioria dos atendimentos desta faixa etária por problemas agudos. Dessa forma, não há nenhum trabalho de promoção e prevenção em saúde, e menor ainda é a busca ativa dos que não comparecem à unidade.

Dentre as ações realizadas na UBS, não há nenhuma atividade voltada aos idosos. Até então, cada membro da equipe realizava suas atividades isoladamente dentro da Unidade, mas com a organização da reunião de equipe semanal, já estamos programando a consulta de enfermagem para doentes crônicos, o que acaba beneficiando grande parte dos idosos. Ademais, trabalhamos com um número de funcionários aquém do necessário e sem o cadastramento total da população, sendo as nossas maiores dificuldades na tentativa de iniciar qualquer intervenção que se queira.

No entanto, mudanças de atitude como a retomada das reuniões de equipe e de consultas de enfermagem aumentam a viabilidade de implantar mudanças na qualidade do atendimento prestado à população. Além disso, a intervenção prevê a necessidade de pouca tecnologia e custos, sendo quase totalmente dependente do recrutamento dos recursos humanos existentes na Unidade. Considerando a elevada população de idosos no município, e que grande parte desta mora sozinha e também

é portadora de doenças crônicas, alguns já com comorbidades consequentes destas doenças. É essencial que haja um atendimento focado nas suas necessidades. Necessitamos de aspectos desde o aumento na qualidade da atenção médica, até na organização da atenção dos demais profissionais da saúde a essa população e seu treinamento para lidar com suas demandas. O foco é melhorar a situação de saúde destes idosos de maneira que tenhamos um controle efetivo da adesão sem aumentar em demasia a quantidade de trabalho realizado pelos profissionais que permanecerão na unidade, aumentando as chances de continuidade da intervenção após a minha saída da equipe.

2.2 Objetivos e Metas

Melhorar a atenção à saúde do idoso na UBS Coronel Olympio.

Objetivos específicos e metas:

Os objetivos e metas a seguir referem-se apenas à população de idosos residentes na microárea 2 (39 idosos):

1. Ampliar a cobertura de atendimento aos idosos da microárea 2;

Meta1.1: Ampliar a cobertura da atenção aos idosos da microárea 2 para 100%

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, estimados em 4 dos 39 idosos.

Meta 1.3: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

Meta 1.4: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 1.5: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;

Meta 2.1: Buscar 100% dos idosos cadastrados faltosos às consultas programadas.

3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde;

Meta 3.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Meta 3.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3.4: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

4. Melhorar os registros das informações;

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados que comparecem à consulta médica.

5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

6. Promover a saúde

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Há uma grande dificuldade de incluir a equipe odontológica neste processo devido à recusa por parte dos profissionais desta área em participarem da intervenção, e por este motivo não foram incluídos objetivos e metas relativos à saúde bucal.

2.3 Metodologia

A população residente na microárea 2 da UBS será trabalhada neste processo, devido ao fato de ser a única microrregião totalmente cadastrada até o momento. Segundo os dados do cadastramento, esta microrregião conta com 39 idosos. Este território conta com menos idosos do que os demais devido à peculiaridade de ser uma região de invasão de moradores, com a maioria de jovens e pais de família.

2.3.1 Detalhamento das Ações

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1.1 Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

1.2 Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

1.3 Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

1.4 Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

1.5 Monitorar o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

1.1. 1. Acolher os idosos.

1.1.2. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.

1.1.3. Atualizar as informações do SIAB.

1.2.1. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

1.2.2- Criação de registro de controle específico de visitas domiciliares para idosos com necessidades especiais (acamados e dificuldade de locomoção)

1.3.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção uma vez ao mês

1.4.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

1.4.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

1.5.1. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

1.5.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

1.1.1. Esclarecer a idosos, familiares e cuidadores sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

1.2.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

1.3.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

1.3.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

1.4.1. Orientar idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

1.4.2. Orientar idosos, familiares e cuidadores sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

1.5.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.5.2. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

1.1.1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.

1.1.2. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço .

1.2.1. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

1.3.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

1.3.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

1.4.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

1.5.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde através da revisão mensal dos prontuários dos idosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

2.1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
2.1.2. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

2.1.1. Informar idosos, familiares e cuidadores sobre a importância de realização das consultas.

2.1.2. Ouvir idosos, familiares e cuidadores sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).

2.1.3. Esclarecer os idosos, familiares e cuidadores sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

2.1.1. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

2.1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na unidade de saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

3.1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

3.2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde através da revisão mensal dos prontuários

3.3.1 Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

3.4.1 Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Poular / Hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

3.1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

3.1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

3.2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

3.2.2. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

3.2.3. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

3.2.4. Garantir a referência às especialidades necessárias para idosos com alterações no exame clínico

3.3.1. Garantir a solicitação dos exames complementares.

3.3.2. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

3.4.1. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

3.1.1. Orientar idosos, familiares e cuidadores sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

3.1.2 Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

3.2.1. Orientar os usuários, familiares e cuidadores quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

3.3.1. Orientar os usuários, familiares e cuidadores quanto a necessidade de realização de exames complementares.

3.3.2. Orientar os usuários, familiares e cuidadores quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

3.4.1. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

3.1.1 Explicar sobre a Avaliação Multidimensional Rápida à equipe

3.1.2 Disponibilizar o quadro de Avaliação Multidimensional rápida do idoso na unidade de saúde com indicação de frequência por escrito.

3.1.3 Anexar o quadro de avaliação multidimensional nos prontuários dos idosos já cadastrados.

3.2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

3.2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

3.3.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

3.4.1. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

4. Melhorar registros das informações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

4.1.1 Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

4.2.1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

4.1.1. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

4.1.2. Pactuar com a equipe o registro das informações.

4.1.3. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

4.2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

ENGAJAMENTO PÚBLICO

4.1.1. Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

4.2.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

4.1.1. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

4.2.1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

5.1.1. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência através da revisão do prontuário mensal e de visita domiciliar mensal feita preferencialmente pelo médico, ou, na indisponibilidade dele, por outros membros da equipe

5.2.1. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através de registro e revisão de prontuário médico

5.3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.

5.3.2. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente mensalmente através de visita domiciliar e/ou consultas programadas.

5.4.1 Garantir a avaliação de risco em saúde bucal aos idosos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

5.1.1 Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade.

5.2.1 Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

5.3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente

5.4.1 Encaminhamento para avaliação odontológica dos idosos classificados como de alto risco para saúde bucal

ENGAJAMENTO PÚBLICO

5.1.1. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

5.2.1. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

5.3.1. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

5.4.1. Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências .

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

5.1.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa

5.2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

5.3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

5.4.1. Capacitar os profissionais para identificação de fatores de risco para saúde bucal.

6. Promover a saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

6.1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos através de registro em prontuário médico

6.1.2. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.

6.2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.

6.2.2. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

6.1.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

6.2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

6.2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

6.1.1. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

6.2.1. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

6.1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

6.2.1. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores serão utilizados para refletir o andamento da intervenção e guiar as mudanças necessárias no decorrer da intervenção, além de avaliarem sua proximidade às metas iniciais ao término da intervenção.

1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS em relação à microárea **Meta1.1:** Ampliar a cobertura da atenção aos idosos da microárea 2 para 100%

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador: Número de idosos pertencentes à microárea 2.

1.2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados com relação ao número previsto para a área com estas necessidades **Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, estimados em 4 dos 39 idosos.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

1.3 Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar – para avaliar a cobertura da atenção ao idoso na população com necessidades especiais. **Meta 1.3:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

1.4 Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta com relação total de idosos cadastrados. **Meta 1.4:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

1.5 Proporção de idosos com PA sustentada maior que 135/90 rastreados para diabetes. **Meta 1.5:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

2.1 Proporção de faltosos às consultas que receberam busca ativa da equipe de saúde. **Meta 2.1:** Buscar 100% dos idosos cadastrados faltosos às consultas programadas.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

3.1 Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia em relação ao total cadastrado. **Meta 3.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

3.2 Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia em relação ao total cadastrado. **Meta 3.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

3.3 Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia em relação ao total cadastrado. **Meta 3.3:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

3.4 Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos em relação aos idosos da área de abrangência. **Meta 3.4:** Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 100% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Numerador: Número de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

4.1 Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. **Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Numerador: Número de ficha espelho com registro adequado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

4.2 Proporção de idosos que receberam ou já possuíam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ao longo da intervenção em relação ao total cadastrado. **Meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados que comparecem à consulta médica.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

5.1 Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia em relação ao total cadastrado. **Meta 5.1:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

5.2 Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia com relação ao total cadastrado. **Meta 5.2:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

5.3 Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia com relação ao total cadastrado. **Meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

6.1 Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis dentre os cadastrados. **Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

6.2 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular dentre os cadastrados. **Meta 6.2:** Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 100% idosos.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática de atividade física regular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística e detalhamento das ações

A intervenção seguirá alguns recursos disponíveis no Caderno de Saúde do Idoso do MS de 2006. Utilizaremos a Avaliação Multifuncional Rápida do idoso para termos uma visão geral da sua saúde e para nos orientarmos a respeito de avaliações complementares requeridas. Além disso, será criada uma folha de rosto para os prontuários dos 39 idosos acompanhados onde será possível uma anotação rápida e clara dos demais itens que pretendemos avaliar, que auxiliará no registro e monitoramento destes itens. Caso usuários de outras microáreas sejam acrescentados à intervenção, novas fichas serão disponibilizadas.

Na folha de rosto constarão os seguintes itens:

- lista de doenças crônicas
- lista de medicamentos e doses atualizadas em uso
- datas das últimas consultas
- medida de TA e HGT (dependendo do caso) das últimas consultas
- realização de orientações de nutrição e atividade física
- realização de exame físico completo: palpação de pulsos, exame de sensibilidade dos pés.
- resultado e data da realização do teste de avaliação multidimensional rápida e outros testes realizados.
- resultado de exames complementares

As 39 folhas de rosto serão inicialmente preenchidas com os dados constantes no prontuário médico para identificação das ações não realizadas e planejamento das visitas domiciliares. Será revisada esta folha a cada 3 meses para

monitorar a pontualidade das ações e necessidades específicas para cada caso. O médico será responsável pelo preenchimento da ficha de avaliação e contará com ajuda das enfermeiras para revisão trimestral dos prontuários. As enfermeiras, em sua consulta de revisão com estes idosos, realizarão a Avaliação multidimensional rápida, registro em ficha de monitoramento e encaminhamento ao clínico em caso de alteração. O agente comunitário, que participará da capacitação, vai ser o responsável principal pela sensibilização da importância do controle da saúde do idoso na comunidade, e o restante da equipe será instruída a incentivar a procura do serviço de saúde ao grupo de idosos em cada oportunidade na UBS. As consultas, que atualmente são agendadas somente a cada 48h, farão exceção aos idosos participantes da intervenção, que terão a agenda livre do primeiro dia disponível (72h após) para consultar. Necessidades agudas de demanda espontânea serão aceitas para quadros inadiáveis, do contrário caberá a regra do agendamento em 72h.

As visitas domiciliares de reconhecimento da situação destes 39 idosos serão planejadas de forma a ocupar não mais do que 1h30min semanais, devido a impossibilidade de longas ausências da UBS, e dessa forma, a intenção é visitar 3 idosos por semana. Em consequência desta limitação, serão priorizados os idosos classificados pelo ACS como impossibilitados de ir à UBS, para realização da avaliação multidimensional, avaliação da TA e HGT (se disponibilidade de novas técnicas de enfermagem até a data da visita), exame físico e orientações ao idoso e cuidadores.

A equipe será capacitada antes do início da intervenção com conteúdos que incluem as recomendações do protocolo de Saúde do Idoso do MS, o preenchimento da folha de rosto e aplicação da avaliação multifuncional. A capacitação ocorrerá em reunião de equipe durante a primeira semana da intervenção. Nossa equipe fará explicações necessárias aos demais médicos da UBS sobre as vantagens e a maneira de utilizar os recursos disponibilizados pela intervenção, abriremos espaço para suas críticas e modificações e para a continuidade do trabalho após a intervenção iniciada. O material a ser providenciado será a fotocópia das fichas de avaliação multidimensional rápida em número de 39 fichas, a montagem e impressão de 39 folhas de rosto para os prontuários e recursos humanos que

viabilizem a saída de um médico e uma técnica de enfermagem da UBS para a VD sem prejuízo do funcionamento da Unidade

2.3.4 Cronograma

	Semana											
Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe sobre o programa, atividades propostas e o papel de cada um no projeto.	X											
Classificação inicial de prioridades para visita domiciliar	X											
Cosultas dos idosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida do Idoso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientação a idosos e familiares sobre direitos, deveres, riscos, prevenção e promoção de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos idosos para as consultas	X		X		X		X		X		X	
Espaço para esclarecimentos com a equipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão das Avaliações Multidimensionais realizadas	X				X				X			
Revisão do rastreio para HAS em todas as consultas	X				X				X			
Revisão de exame clínico completo e acesso a exames complementares em dia	X				X				X			
Revisão da Caderneta da Pessoa Idosa em cada consulta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos resultados												X

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

A cobertura dos idosos da microárea 2 atingiu a meta de cadastrar 100% dos idosos residentes. A facilidade para alcançar a cobertura se deveu ao fato de que a maioria dos idosos buscou a UBS espontaneamente, com menos casos de necessidade de busca ativa. Os participantes da intervenção foram beneficiados através de uma abordagem integral com o enfoque nos maiores problemas da pessoa idosa, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, sendo questionados sobre aspectos de sua saúde que não faziam parte de suas queixas principais, mas que mereciam atenção especial. Tiveram exames de revisão atualizados e receberam encaminhamentos a especialidades da saúde quando foi necessário. Além disso, os prontuários tiveram registros mais completos e organizados, diferente do que ocorria antes da intervenção. Ainda assim, não foi possível manter duas cópias dos registros como fazia parte do planejamento inicial

A revisão das fichas espelho da intervenção foi realizada duas vezes ao longo das 12 semanas de intervenção – frequência menor do que a planejada. Tive dificuldade em revisá-las sozinha, retirando tempo além da minha carga horária de trabalho para cumprir esta ação, ainda que parcialmente. As dificuldades se deram na falta de apoio da equipe para esta tarefa e na falta de tempo em ambiente de trabalho – alta demanda de atendimentos clínicos sem previsão de tempo para atividades de reflexão/de equipe.

A busca ativa realizada parcialmente pela equipe focou casos com necessidades especiais – acamados ou situações de gravidade clínica – casos mais pontuais. A maioria dos idosos que faltaram consultas não foram buscados. Novamente, o trabalho em equipe foi pouco articulado neste sentido e a falta do ACS contribuiu para o aumento da dificuldade neste aspecto. Dessa forma, ficamos com baixos índices de busca ativa dos faltosos, tendo sido esta a maior dificuldade da intervenção.

A visita domiciliar de reconhecimento da situação de todos os idosos da microárea não foi realizada. Aquelas de fato realizadas foram programadas principalmente por demanda espontânea de familiares dos idosos, por situações já

conhecidas da equipe que organizou a visita ou por avaliação de risco realizada em momento de atendimento clínico médico ou de enfermagem. As principais dificuldades foram o pouco tempo disponível para visitas domiciliares médicas e a não participação do ACS no projeto.

Outra tarefa planejada inicialmente não foi possível na prática: o preenchimento de duas vias da coleta de dados, uma para o prontuário e outra para controle da UBS. A atual rotina da UBS possibilitou apenas o preenchimento de uma via que ficou armazenada comigo para posterior revisão e preenchimento das planilhas do curso.

A meta de mudança da forma de trabalhar em equipe foi realizada de maneira parcial, em nível bem aquém do planejado, entretanto, houve algum interesse. Este se deu principalmente na necessidade de visitas de alguns casos pontuais, na organização do retorno programado na agenda e em situações não abordadas diretamente pela intervenção, como na semana rosa do Câncer de mama e colo de útero – articulação de atividades em equipe – e, na rotina da UBS, os demais membros da equipe estiveram mais à vontade para esclarecer dúvidas e pedir opinião em situações específicas não relacionadas a idosos necessariamente. Não houve, contudo, participação efetiva na intervenção no sentido de revisão de fichas espelho, busca ativa de faltosos, divisão de consultas dos idosos entre médico e enfermeiras, nem a participação das dentistas e dos demais médicos que atuam na UBS.

Relativo à coleta de dados e fechamento de planilhas, a grande dificuldade foi a falta de tempo e de auxílio. Coletar os dados na consulta não foi o mais difícil, mas sim revisar estes dados e alimentar as planilhas semanalmente. Além disso, percebi a necessidade de algumas modificações na folha de coleta de dados para facilitar o preenchimento e a busca por essas informações posteriormente.

Acredito, após o exposto, que a incorporação destas ações previstas à rotina do atendimento na UBS só será viável no momento em que seu funcionamento for semelhante aos moldes de uma ESF, com consultas programadas, tempo de consulta viável, previsão de tempo para reunião de equipe e visita domiciliar, trabalho em equipe, participação ativa dos ACS e territorialização dos usuários. Além disso, é

necessário que as enfermeiras tenham um consultório disponível para consultas pelo menos um turno por dia, para criação de uma agenda para idosos. Por fim, é necessário que a rotatividade de médicos seja menor, preferencialmente apenas dois médicos em turno integral, para viabilizar a continuidade do trabalho e a possibilidade de programação do atendimento. Como nenhum desses quesitos são realidade nesta UBS, não vejo como viabilizar a manutenção do projeto após a minha saída da UBS, até este momento.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

Segundo os dados da planilha, é estimada a presença de 704 idosos nas oito microáreas de responsabilidade sanitária da unidade. A intervenção foi realizada na microárea dois por ser a única totalmente cadastrada no início do projeto. Desta forma, apresentamos também o resultado da cobertura da ação programática em relação ao número total de idosos estimado pela planilha de acordo com dados o IBGE, o qual mostra que a cobertura alcançada ao final da intervenção foi de 5,5%.(figura 1)

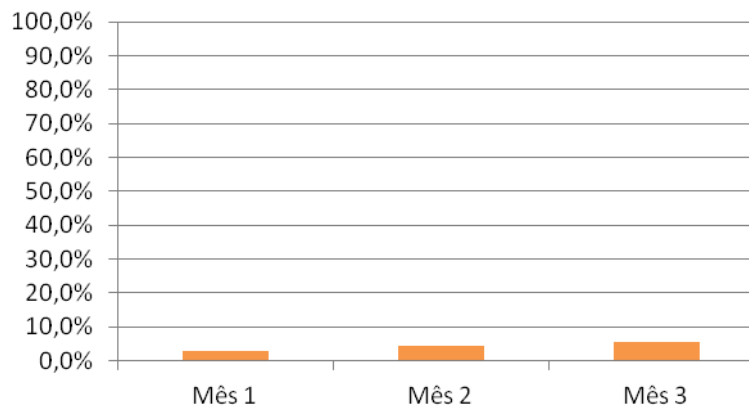


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde em relação ao total de idosos da área de abrangência

Em relação à cobertura da ação programática com o foco nos idosos da microárea dois, no primeiro mês a cobertura foi de 51,3%, evoluindo para 82,1% no segundo mês, chegando a 100% ao final da intervenção, atingindo a meta proposta pela intervenção. (Figura 2)

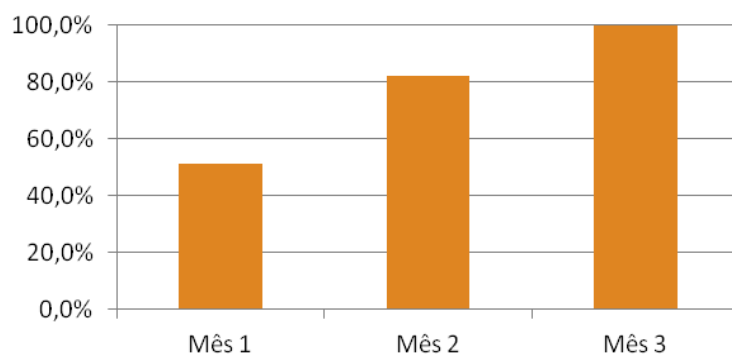


Figura 2. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na microárea 2.

Em relação aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, foram cadastrados no programa de intervenção apenas 63,6% deles, não atingindo a meta programada. Isso se deve a problemas logísticos com relação à organização para busca ativa destes idosos ou de membros de suas famílias, e com relação a transporte da UBS à casa dos idosos, dificultando o contato ou o acesso a estes usuários.(Figura 3)

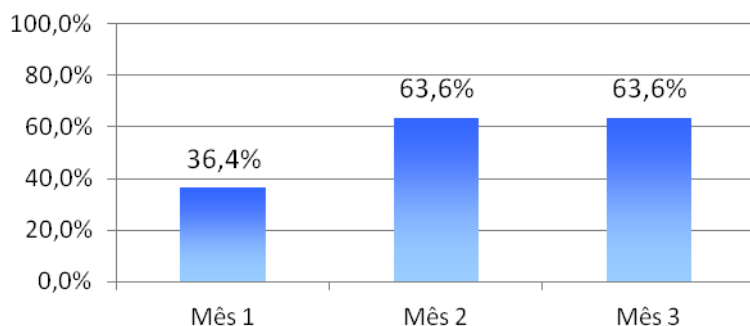


Figura 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Em relação ao indicador Proporção de idosos acamados ou com problema de locomoção com visita familiar, não foi atingida a meta de 100% porque alguns destes idosos foram trazidos à unidade de saúde independentemente da dificuldade de locomoção. Desta forma, a visita domiciliar voltou-se aos totalmente acamados(Figura 4). Estes usuários foram acompanhados mensalmente durante

toda a intervenção, sendo uma delas com visitas semanais programadas pela equipe. Sobre a organização de visitas domiciliares, não foi possível a organização de mais carga horária para este fim, uma vez que a gestão não disponibilizava um segundo clínico para a UBS (que atua em população suficiente para duas equipes de ESF) e a demanda de atendimentos era muito alta para deixar a UBS sem clínico durante mais de uma hora. Foram priorizados os idosos acamados com última consulta há mais tempo ou com estado de saúde que preocupasse os cuidadores.

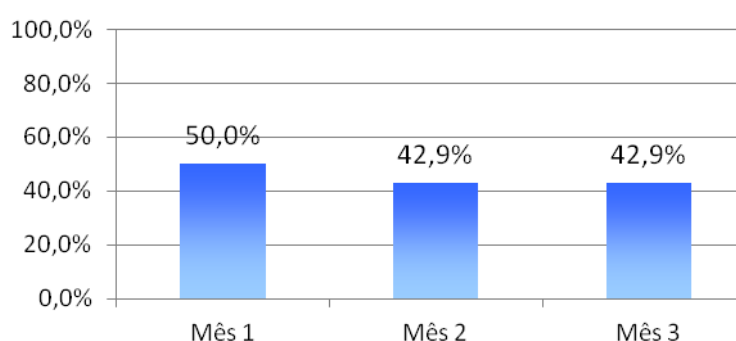


Figura 4. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Em relação à proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa, apenas três indivíduos faltaram às consultas, entretanto, nenhum foi buscado devido à dificuldade na organização da equipe. As duas maiores dificuldades na intervenção foram a falta de recursos humanos e a falta de engajamento da equipe na intervenção. Consequentemente, algumas metas acabaram negligenciadas, como a busca ativa de idosos faltosos.

Em relação à proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta (Figura 5) a meta não atingida ao final da intervenção, ocorrendo uma queda na aferição da pressão arterial no último mês do trabalho, apesar do aumento progressivo na cobertura da microárea dois. A possível causa para esta queda no controle da PA é dificuldade com a logística da intervenção e desorganização da equipe. Dessa forma, alguns idosos passaram pelo acolhimento sem aferição da PA, sendo esta falha não corrigida pelos demais membros da equipe.

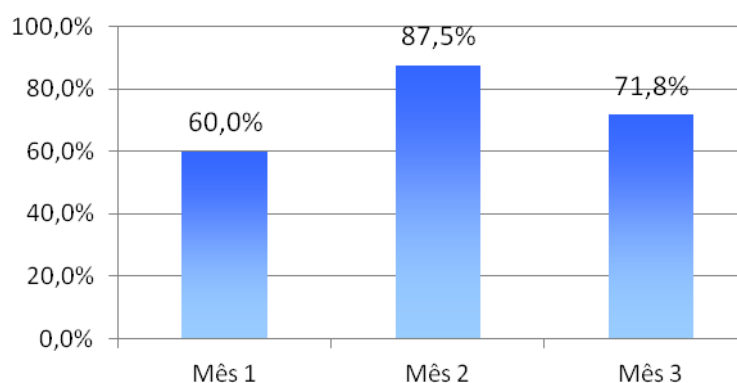


Figura 5. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta

A proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes foi de 100% dos idosos que tiveram atendimento médico no primeiro mês, com uma queda de 9,5% nos mês seguinte e manutenção deste resultado no mês final. (Figura 6) Nota-se que nos últimos meses houve um percentual de perda do rastreio oportuno para diabetes. Isso se deve ao fato de que alguns idosos já estavam com exames complementares (o que inclui glicemia de jejum) em dia para o período de um ano, não sendo necessário um novo rastreio somente em função da intervenção.

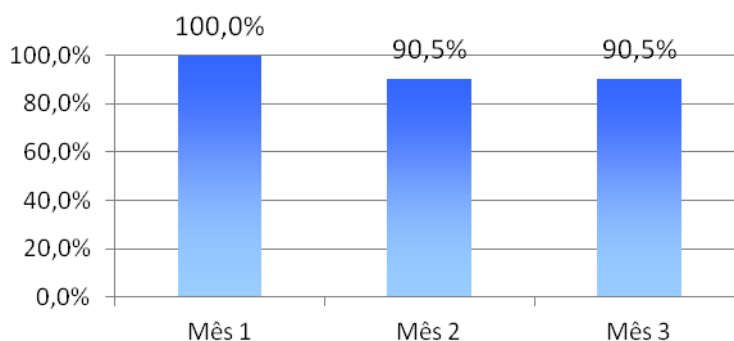


Figura 6. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

A proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia não atingiu 100% de realização em nenhum mês de intervenção. (Figura 7). O não cumprimento desta meta se deve tanto à falha clínica durante a consulta, quanto ao

cadastramento de consultas emergenciais destes idosos que entraram na estatística da intervenção, mas não permitiram a realização da Avaliação Multidimensional. Da mesma forma ocorreu com a avaliação do exame clínico apropriado em dia (Figura 8), que seguiu as mesmas proporções da Avaliação Multidimensional pelo fato de um item ser complementar ao outro. Além de auxiliar na consulta clínica, este protocolo de avaliação multidimensional e exame clínico garante uma visão contextualizada do idoso em seu meio socio-cultural e permite execução não só pelo médico, mas qualquer membro da equipe, como o próprio Agente comunitário, que deve comunicar ao médico em caso de alteração na avaliação.

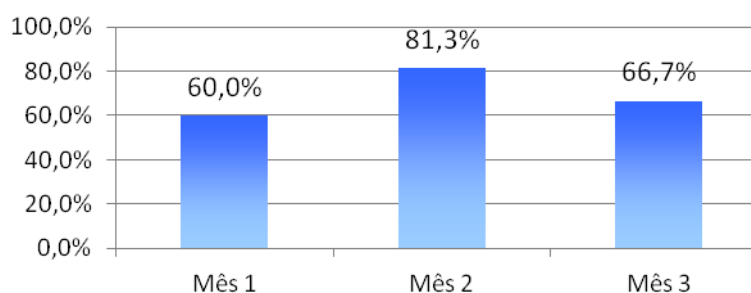


Figura 7. Proporção de idosos com avaliação multidimensional rápida em dia

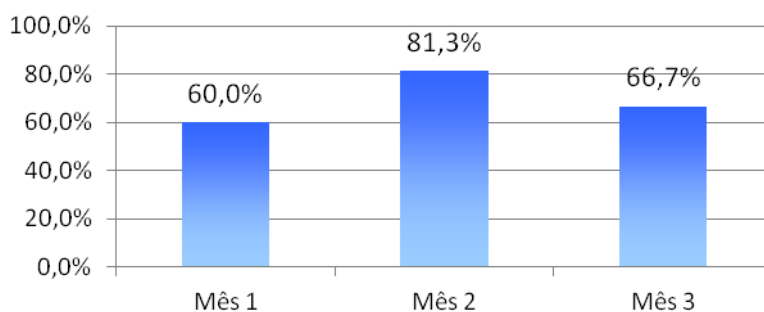


Figura 8. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

A proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares e periódicos em dia foi de 100% dos usuários que receberam consulta médica no primeiro mês, sofrendo uma queda percentual nos meses

seguintes. Fato que se deve à realização prévia destes exames complementares em consultas anteriores ao início da intervenção, mas dentro do prazo estipulados de um ano.(Figura 9)

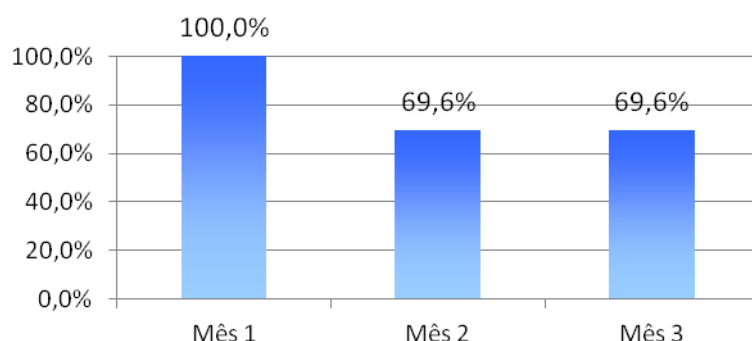


Figura 9. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Em relação à proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos, não atingimos a meta como gostaríamos devido à falta de vários medicamentos da rede pública por períodos distintos, sendo que nem todos os idosos tinham condições de comprá-los na rede privada (figura 10). Um exemplo disso é o Maleato de Enalapril, um medicamento usado no controle da HAS em grande parte dos idosos que não era disponibilizado pela rede pública do município há seis meses.

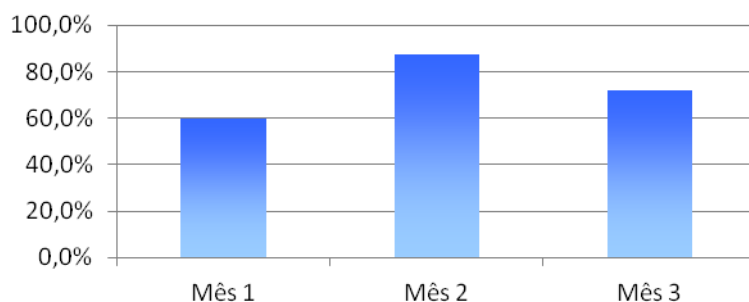


Figura 10. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos

A proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia atingiu um pico de 81,3% no segundo mês de intervenção, voltando a cair para faixa entre 60-70% no

último mês, à semelhança do primeiro mês de intervenção (figura 11). Esse indicador reflete a baixa adesão dos demais médicos na equipe que não aderiram ao projeto e não utilizaram esta ferramenta. Dessa forma, quando os indivíduos retornavam em consultas médicas da intervenção, não tinham a atualização adequada na folha de rosto.

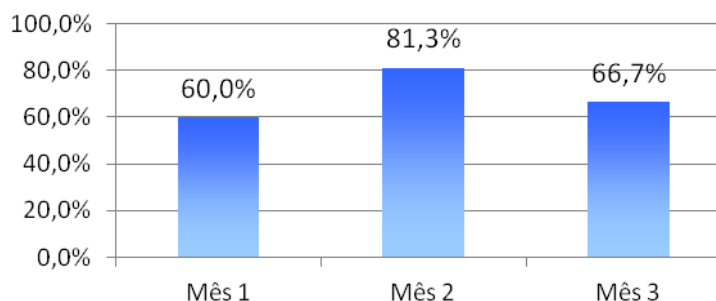


Figura 11. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia

Em relação à proporção de idosos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, houve uma baixa adesão dos usuários com esta nova ferramenta. Alguns extraviaram o documento, outros não aderiram por não quererem mais um documento para guardar consigo. Ainda assim, mais de 50% dos idosos se interessaram pela Caderneta, como mostra a figura 12.

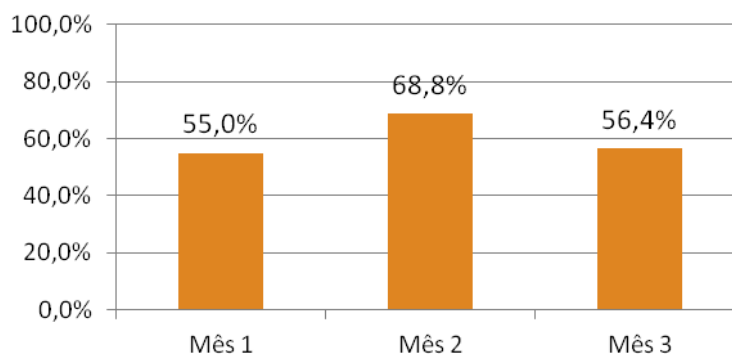


Figura 12. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A avaliação de risco para morbimortalidade (Figura 13) foi pouco realizada, com proporções entre 40 e 65% em cada mês de intervenção. Isso se deve à falta de gerenciamento do tempo de consulta pelo profissional, o que acarretava em priorização das avaliações de exame físico, queixas do usuário e outras orientações importantes em detrimento da avaliação de risco. Da mesma forma, ocorreu com a avaliação de fragilização da velhice, (figura 14) que teve índices de adesão um pouco maiores (mínimo de 60% e pico mensal de 78,1%) devido ao seu impacto clínico aparente ao profissional ser maior.

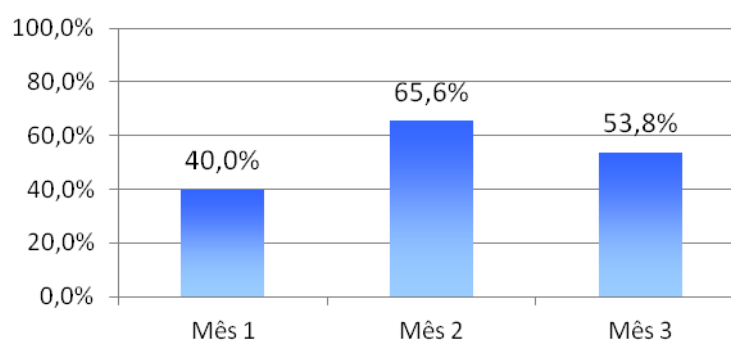


Figura 13. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

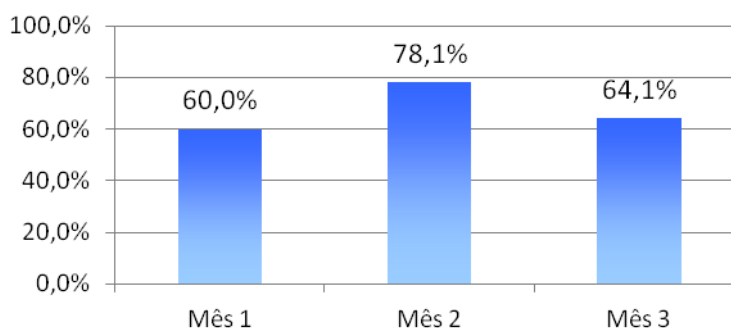


Figura 14. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

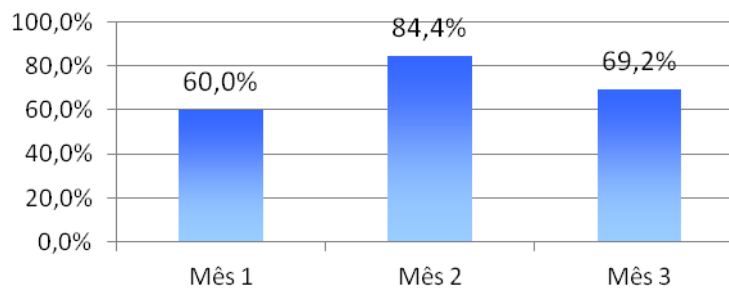


Figura 15. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

A proporção de idosos com avaliação de rede social em dia teve implementação progressiva nos primeiro e segundo meses, com queda no último mês. Além da falta de gerenciamento do tempo de consulta por parte do clínico, temos a falta de interesse neste assunto de uma maneira geral, e até mesmo a queda da motivação da equipe com relação à intervenção como justificativas para estes dados da figura 15.

As figuras 16 e 17 refletem indicadores que caminham juntos na prática clínica. Ambos com proporções de adesão nas consultas bastante semelhantes: orientação nutricional para hábitos saudáveis dadas a 60% dos idosos que consultaram no primeiro mês, quase 82,5% dos idosos no segundo mês e 66,7% dos idosos no terceiro mês. Isso reflete tanto a não orientação de hábitos alimentares saudáveis em algumas consultas médicas, quanto a presença de uma nutricionista na UBS com a qual vários destes idosos também consultavam, reduzindo a necessidade de nova orientação na consulta médica. Entretanto, os dados das consultas nutricionais não entraram na intervenção pela não adesão da nutricionista ao projeto. Comparativamente com a orientação de atividade física, temos uma pequena defasagem de percentuais devido à dificuldade de locomoção de alguns idosos ou doenças clínicas que impossibilitavam esta prática.

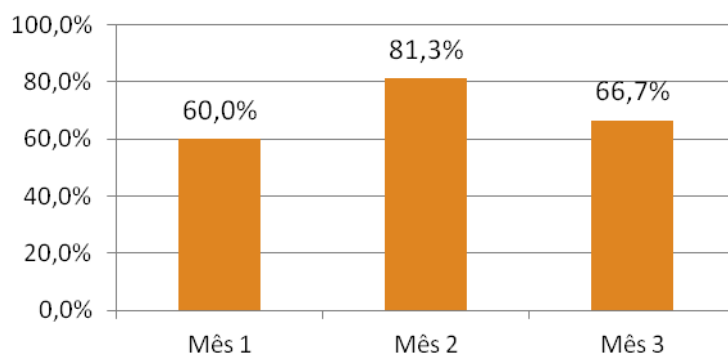


Figura 16. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

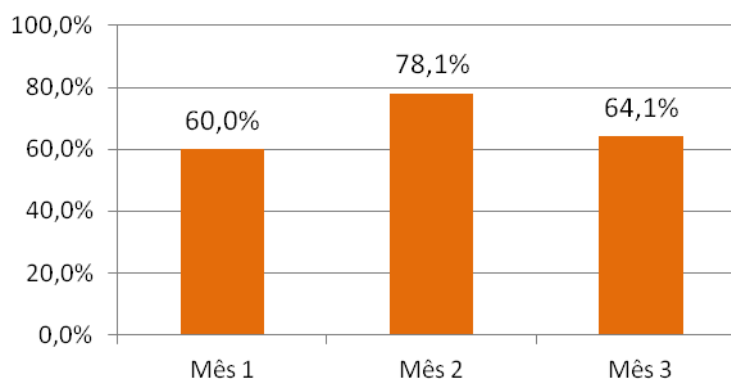


Figura 17. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

4.2 Discussão

A intervenção impulsionou um aumento na qualidade do atendimento aos idosos, através do uso de protocolos e de sua sistematização nas consultas clínicas, possibilitando atenção integral à saúde deste grupo prioritário. Antes do projeto não havia uma preocupação com demais aspectos não mencionados em consulta, bem como os idosos sentiam falta de um ambiente de consultório em que pudessem pontuar queixas não tão usuais, como dificuldade de tarefas cotidianas, disfunção sexual ou urinária, entre outros. Além disso, a organização propiciada pela intervenção provou para a equipe que é possível a realização de visitas domiciliares com presença do médico, sem prejudicar o serviço na unidade de saúde.

De uma forma geral, a equipe apoiou a intervenção, mas não participou dela. Houve, entretanto, uma visão da importância de organizar uma atenção especial às populações mais vulneráveis, como é o caso dos idosos. Em diversos momentos, membros da equipe me abordaram sobre casos que julgaram mais delicados que necessitavam de uma atenção específica. Acredito que esta abertura foi incentivada pela intervenção. As técnicas de enfermagem que me acompanharam nas visitas domiciliares sistemáticas se mostraram mais preocupadas com estes usuários, me trazendo notícias deles que obtinham em seus momentos de lazer, fora do expediente. Isso exemplifica que mesmo não participando mais ativamente do projeto, ele fomentou uma preocupação maior com a população e uma noção de que é possível almejar ações maiores na unidade de saúde.

Dentro desta nova visão de ESF, conseguimos organizar um horário semanal para reuniões de equipe, em que participaram enfermagem, ACS e eu. Nesta oportunidade, conversei com a equipe sobre a minha proposta de melhoria da saúde do idoso e sugeri que cada membro da equipe realizasse ações de acordo com as metas estabelecidas no trabalho.

Os benefícios da realização de um projeto como este para o serviço são inúmeros, e praticamente inexistem malefícios. Sem nenhum custo adicional, foi possível implementar melhorias tanto na qualidade do serviço, quanto em termos gerenciais com registros mais claros e facilitadores da rotina. A sistematização da consulta também garante a integralidade com eficiência – algo muito valorizado em locais de alta demanda.

Já a comunidade ganha um espaço de maior confiança no momento em que percebe que está sendo ouvida e que há resolução de seus problemas. Sente-se acolhida na medida em que questões novas são abordadas, questões essas que não pensava em relatar a nenhum membro da equipe ou cuidadores. Da mesma forma, a família sentiu que podia dividir com alguém o peso da responsabilidade de cuidar de um idoso, fazendo questão de recorrer a esta equipe para outros problemas diversos, com um vínculo mais forte.

Se pudesse reiniciar esta intervenção teria sido mais incisiva na cobrança de apoio e recursos humanos da gestão, não teria desistido deles nas primeiras

negativas, bem como com a equipe. Isso porque acredito que quanto mais tivessem participado do projeto, mais teriam sentido seus ganhos e uma vontade de mudança nos paradigmas de atendimento e gestão de saúde local.

Ficou claro, com a análise dos resultados da intervenção, que grande parte das metas não foi alcançada pela falta de participação comprometida da equipe. Houve outras falhas, como a falta de gerenciamento de tempo de consulta, falta de comunicação direta com a comunidade e falta de apoio da gestão. Ainda assim, acredito que o maior impacto negativo para o não cumprimento da maioria das metas tenha sido da equipe do ESF. De uma maneira geral, minha impressão foi de que individualmente as pessoas queriam contribuir, mas não queriam se comprometer com mais serviço do que já tinham.

Alguma mensagem certamente atingiu a equipe. Não tenho esperanças de incorporação do trabalho à rotina do serviço após minha saída em fevereiro de 2014 pelo simples motivo de não haver médico interessado e de as enfermeiras seguirem encontrando justificativas para a falta de tempo para aplicarem a ideia. Além do fato de que a gestão pouco se comunica com as equipes como um todo, não fomentando um espírito de trabalho em equipe ou de gestão humanizada. Independentemente deste contexto, eu pretendo deixar um material com a enfermeira chefe e explicar para ela o que é realmente necessário e como é feita esta intervenção de forma continuada, na esperança de que com a reorganização do serviço de saúde ao longo deste ano, este trabalho seja retomado. Também sentimos necessidade de readequar o modelo da planilha de coleta de dados para que fiquem mais práticas no uso diário, a exemplo dos embasamentos teóricos resumidos para as avaliações realizadas na intervenção, retirada de dados considerados desnecessários como os questionamentos específicos sobre osteoporose e depressão, trocando por uma lista atualizada de problemas mais ampla, para evitar a redundância de informações e a otimização da coleta de dados.

De uma maneira geral, o primeiro passo a ser tomado para alavancar os serviços de saúde neste município é territorialização das unidades de saúde, determinando a população de cada UBS. A partir disso, organizar melhor as agendas de atendimento, dando mais horários para consultas de enfermagem. Aumentar o

contato dos agentes comunitários com a equipe é necessário, para que eles tenham abertura para trazer os problemas de saúde da comunidade e também haja oportunidade de serem orientados pela equipe. Incentivar a formação de grupos terapêuticos também seria importante, uma vez que o município tem uma grande demanda de queixas de ansiedade e falta de socialização entre adultos e idosos. Acredito que com estas pequenas mudanças serão possíveis grandes resultados.

4.3 Relatório da Intervenção para os gestores

Chegada à UBS Coronel Olympio em março de 2013, fiquei bastante impressionada com uma boa estrutura física e disponibilidade de materiais diversos. Não faltam automóveis para transporte de pessoas e muitos dos medicamentos da farmácia básica são disponibilizados na própria unidade de saúde. Além disso, foram notáveis algumas melhorias organizacionais, como o agendamento de consultas, A reserva de alguns horários para visitas domiciliares médicas, a tentativa de manutenção de duas enfermeiras na unidade, entre outras. Sei também que os gestores estão lutando para implantar a Estratégia de Saúde da Família o quanto antes, algo que mudará para melhor a estrutura de atendimentos da comunidade.

Ao longo dos atendimentos notamos que o número de idosos estava além do estimado para a população brasileira e que não havia uma atenção especial a este grupo como era feito no pré-natal e puericultura. A partir desta constatação, com suporte teórico e orientação da equipe da pós-graduação, montei um trabalho de intervenção visando o aumento na cobertura e na melhoria da qualidade do serviço prestado aos idosos e seus cuidadores. Para isso, foram usados dados e materiais do Caderno de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, carteirinhas da pessoa idosa, disponibilizadas pela SMS de Nova Santa Rita e materiais de escritório disponíveis na UBS (como folhas de ofício e máquina de xerox). A partir daí, foi trabalhada a microárea 2 por ser esta a única que apresenta adscrição da população em toda a área sob a responsabilidade da UBS.

Dos indivíduos abordados pela intervenção, todos receberam uma atenção integral com exame físico completo, questionamentos envolvendo vários aspectos funcionais e psicossociais da vida dos idosos. Aqueles que não tinham exames recentes, os mesmos foram solicitados, encaminhados a outras especialidades quando necessário. Além de terem uma consulta médica completa e focada nas maiores dificuldades da pessoa idosa, estes dados foram preenchidos nas fichas específicas e no registro da consulta no prontuário, que também se tornou mais completo e claro em suas informações.

A dificuldade na rotina destas melhorias foi o trabalho solitário, uma vez que as enfermeiras não dispõem de um consultório exclusivo. Como já ocupavam seu tempo com pré-natal e puericultura, não tiveram horas de consultório suficientes para trabalhar com idosos também. Ainda assim, foi atingido quase 100% de cobertura dos idosos da microárea trabalhada, e a proposta de atendimento integral nas consultas aos idosos deu tão certo que eles passaram a agendar consultas para seus familiares não idosos com base na boa experiência que tiveram.

A busca ativa foi o ponto de maior dificuldade na intervenção. Considerando as fragilidades naturais da idade avançada, é essencial que se busque contato com idosos que falham o número mínimo de visitas à unidade de saúde. Para tanto seria necessária uma melhor comunicação entre a equipe e os agentes comunitários, além de uma pessoa responsável por revisar a frequência de atendimentos aos idosos.

As visitas domiciliares realizadas foram programadas principalmente por demanda espontânea de familiares dos idosos, por situações já conhecidas da equipe que organizou a visita ou por avaliação de risco realizada em momento de atendimento clínico médico ou de enfermagem. As principais dificuldades foram o pouco tempo disponível para visitas domiciliares médicas e a falta participação do ACS de forma ativa. Ainda assim, com apenas 1h semanal foi possível acompanhar a evolução de situações de risco em idosos e garantir seu acesso à consulta médica, além de tranquilizar os cuidadores que sentiram a equipe de saúde mais disponível.

Acredito, após o exposto, que a incorporação destas ações previstas à rotina do atendimento na UBS só será viável no momento em que seu funcionamento for semelhante aos moldes de uma ESF, com consultas programadas, tempo de consulta viável, previsão de tempo para reunião de equipe e visita domiciliar, trabalho em equipe, participação ativa dos ACS e territorialização dos usuários. Além disso, é necessário que as enfermeiras tenham um consultório disponível para consultas pelo menos um turno por dia, para criação de uma agenda para idosos. Por fim, é necessário que a rotatividade de médicos seja menor, preferencialmente apenas dois médicos em turno integral, para viabilizar a continuidade do trabalho e a possibilidade de programação do atendimento. Apesar destas mudanças necessárias, concluí que o principal motor da mudança dentro de um serviço de

saúde é a qualificação continuada da equipe, que a faz abrir os olhos para novas possibilidades.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Logo após minha chegada à Unidade de Saúde Coronel Olympio, notei que não havia uma preocupação com a continuidade dos cuidados em saúde de idosos, notei também que o número de idosos da região é maior na proporção com o restante do país. Acontece que, com os atendimentos feitos por fichas de distribuição pela manhã, a maioria dos idosos não conseguia consultar e dessa forma ia deixando de lado suas revisões periódicas ou o tratamento de doenças já avançadas.

Pensando nessa situação foi que surgiu a possibilidade de tentar um novo tipo de atenção aos idosos: com consultas agendadas, registro completo dos problemas de saúde, uma abordagem sobre vários aspectos da vida destas pessoas, que antes eram deixados de lado, vistos com menor prioridade. A partir disso foi modificado o sistema de fichas para o agendamento de consultas, com a marcação de retornos a critério do médico, com a possibilidade de visitas médicas nos domicílios de idosos que necessitassem.

Claro que o fato de termos consulta por agendamento mudou a forma de atendimento na comunidade, sendo que, em ocasiões de baixa gravidade, usuários foram agendados para outros dias e ficaram insatisfeitos com isso, pelo costume anterior da ficha para o mesmo dia. Ainda assim, os benefícios para a população foram visíveis: como a satisfação dos usuários e familiares com a escuta atenta aos problemas relatados, o interesse por outras questões que antes não eram abordadas, o cuidado global da saúde do idoso em vez de uma renovação mecânica de receitas, a maior tranquilidade no posto de saúde pelo menor acúmulo de pessoas antes de cada consulta, o cuidado domiciliar para aqueles impossibilitados na locomoção.

A mudança foi bastante positiva, apesar das incertezas com relação a sua continuidade no próximo ano. Creio que se os usuários colaborarem e solicitarem à Secretaria de Saúde, ou mesmo aos membros da equipe na UBS, que seja feito o

mesmo atendimento nos moldes do que acabo de descrever, haverá uma organização da equipe de saúde para que se mantenha o sistema de atendimento. Afinal, isso acaba se transferindo para os demais segmentos da sociedade e não apenas ao atendimento do idoso, beneficiando a todos.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Durante os meses de diagnóstico da situação do posto e de planejamento da intervenção coloquei altas expectativas no projeto, porque acreditei no trabalho em equipe e nas grandes possibilidades de melhoria com pequenas ações diárias. Vi que apesar de uma boa estrutura física na unidade, os espaços estavam sendo mal aproveitados e a equipe totalmente desintegrada.

O passar das semanas no curso me fez acreditar que eu poderia estimular a equipe independente das falhas na gestão e que quando todos vissem a facilidade de colocar este projeto em prática, ninguém se negaria a participar. Se por um lado o curso fomentou uma esperança ingênua em mim, também me deu certa estrutura para não desistir de tudo quando eu me dei conta que tais questões não ocorreriam da maneira que vislumbrei.

A realidade, sempre mais dura do que a imaginação, foi que a equipe não participou ativamente, apesar de apoiar a minha iniciativa. No início isso me desestimulou imensamente, mas, após algumas semanas e com ajuda da orientador, percebi que no lugar de nenhuma participação surgiu uma iniciativa tímida de alguns membros isolados da equipe em melhorar seu atendimento à população e a compartilhar suas visões sobre alguns usuários.

Conforme fui obtendo o retorno das pessoas, familiares e vizinhos de usuários com indicação de só consultar comigo, enxerguei que mesmo sem apoio da equipe o trabalho de uma pessoa tocou uma comunidade inteira. Essas constatações me deram muita força para manter o projeto em dia e buscar outras melhorias no decorrer dos meses.

Fora a questão da falta de apoio da equipe e da falta de interesse da gestão, outro fator desmotivador foi a redundância de algumas tarefas. Muitas vezes senti como se estivesse fazendo as mesmas atividades repetidamente e ao mesmo tempo deixando de realizar outras coisas. Isso me cansou ao longo do ano de curso e me fez pensar em desistir em alguns momentos.

Ainda assim, diria que o maior aprendizado que obtive com esta pós-graduação e que levarei para minha prática profissional foi a de que pequenas ações podem trazer grandes mudanças para muitas pessoas, e que nem sempre ações de grande impacto necessitam de muitos recursos, apenas de uma nova visão sobre o mesmo tema e reorganização das rotinas enraizadas nos serviços de saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

1. www.ibge.gov.br
2. www.novasantarita.rs.gov.br
3. CAB 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, MS 2006
4. CAB 17 Saúde Bucal, MS 2006

7. ANEXOS

Planilha de Coleta de dados

Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso é acamado ou tem problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso acamado ou com dificuldade de locomoção recebeu visita domiciliar odontológica?	O idoso faltou à consulta programada?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim


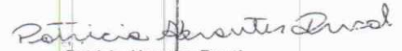

O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com acesso aos medicamentos prescritos?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso está com tratamento odontológico concluído?	O idoso está com avaliação de alterações de mucosa em dia?	O idoso está com avaliação de necessidade de prótese em dia?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?	O idoso teve participação em ações coletivas de educação em saúde bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Parecer de aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	
	

8. APÊNDICES

8.1 Ficha Espelho modificada pelo especializando

Data do ingresso no programa ____ / ____ / ____ ____ ____

Número do Prontuário: _____

Cartão SUS _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ ____ ____

Endereço: _____

Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____

Telefones de contato: _____ / _____ / _____

Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado (a)? () Sim () Não

Se sim, recebe visita domiciliar? () Sim () Não

HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não /

Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: ____ cm / Osteoporose? () Sim () Não

Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

Data	Nutrição	Audição	Incontinência	Atividade sexual	Humor/depressão	Cognição	MSS	MII	Atividades Diárias	Quedas	Domicílio	Suporte Social